

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE 372

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898 à 1 heure

Par GEORGES GUÉRITEAU

Né à Montaigu (Vendée) le 4 mars 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE VARIQUEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

et en particulier

DE SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges } MM. BOUCHARD, professeur.
SCHWARTZ et RICHELOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

372

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898 à 1 heure

Par GEORGES GUÉRITEAU

Né à Montaigu (Vendée) le 4 mars 1872

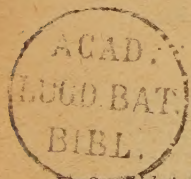
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE VARIQUEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

et en particulier

DE SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE



Président : M. BERGER, professeur.

*Juges } MM. BOUCHARD, professeur.
SCHWARTZ et RICHELOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHTER.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOUBENE
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTIERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage d'amour et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE NANTES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Chirurgien de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PHLÉBITE VARIQUEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS
ET EN PARTICULIER DE
SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

INTRODUCTION

Une complication assez fréquente des varices, souvent grave, mortelle même, est leur inflammation, ou pour parler plus chirurgicalement : la phlébite variqueuse.

Nous nous proposons de faire l'histoire de cette maladie ; d'étudier son étiologie, sa pathogénie et ses symptômes : puis, nous insisterons d'une façon plus particulière sur ses complications et les dangers qu'elles présentent. Nous nous attacherons alors à montrer le peu d'efficacité, et le peu de sûreté des traitements employés jusqu'ici, et nous en proposerons un autre, en faisant valoir son but et ses avantages.

Mais, avant d'entreprendre cette étude, nous devons adresser d'une façon toute particulière nos remerciements

à notre maître M. le professeur agrégé Schwartz, chirurgien des hôpitaux : il nous a fait l'honneur de nous admettre comme externe dans son service, et c'est à ses enseignements que nous devons la connaissance des règles de l'antisepsie, et de la meilleure méthode pour l'examen chirurgical des malades.

Enfin, c'est à sa bienveillance que nous devons le sujet de notre thèse.

Nous adresserons aussi ici un souvenir à la mémoire de notre regretté maître, M. le professeur Straus, qui nous avait toujours témoigné beaucoup de sympathie, et qui pendant les deux années d'externat que nous avons passées dans son service nous avait inculqué les connaissances de la bactériologie, et du diagnostic médical.

M. le professeur Gaucher pendant les six mois de stage que nous avons eu l'honneur de faire dans son service, nous a initié aux connaissances des maladies de la peau, nous l'en remercions bien vivement.

Nous prions notre maître et ami, M. le Dr Rieffel chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques, de recevoir l'expression de notre profonde gratitude pour les excellents conseils qu'il nous a toujours donnés.

M. le professeur Berger en acceptant la présidence de notre thèse, nous a fait un honneur auquel nous ne saurions être trop sensible.

HISTORIQUE

Malgré la fréquence relativement assez grande de la phlébite variqueuse, et l'importance qu'elle revêt en clinique, surtout par ses complications, on ne la trouve pas très bien étudiée par les auteurs : les auteurs classiques en particulier, n'en font que des monographies très succinctes, et il nous faut arriver jusqu'à nos jours, pour trouver une étude complète et détaillée de cette complication des varices.

Hévin(1) au siècle dernier s'exprime ainsi : « Le sang qui croupit dans les grosses veines, se change avec le temps en un caillot compact et noir, et il s'altère d'autant plus rapidement, qu'il est privé de tout mouvement. Ce sang croupissant, se dépose quelquefois, au point d'altérer les tuniques des veines, et de les ulcérer ultérieurement ».

Ribes (2) en 1825 dit : « Les varices sont souvent accompagnées de phlébite : j'en ai vu un grand nombre, non seulement chez les hommes, mais chez les femmes quand

1. Hévin. *Cours de Pathologie et de Thérapeutique chirurgicales*. T. I. p. 142.

2. Ribes. *Exposé succinct des recherches sur la phlébite*. *Revue médicale*, Paris 1825. T. I. p. 36.

elles sont enceintes..... J'ai recueilli plusieurs observations d'inflammations de veines, produites par les ulcères variqueux, et cette cause y donne souvent lieu ».

Thiébaux (1) dit : « La phlébite est encore une des complications des varices. Sous l'influence de l'inflammation, il s'est formé un caillot qui, tantôt se résorbe, tantôt reste et oblitère la veine. Si les parties voisines sont envahies, il y a phlegmon diffus ou circonscrit, lequel se termine le plus souvent par ulcération ».

Boyer (2) dans son *Traité des maladies chirurgicales*, ne dit rien de la phlébite variqueuse, il laisse de côté l'anatomie pathologique des varices, et parle très peu de leur traitement. Ce n'est que dans son chapitre général « phlébite », qu'il signale les abcès phlébitiques, et les suppurations intra-veineuses.

Nous trouvons dans la thèse de Bobillier (3) ces quelques lignes : « On rencontre assez souvent la phlébite à la suite d'ulcères variqueux; surtout s'ils sont irrités, comprimés avec frottement par des chaussures, ou d'autres parties de l'habillement ».

Lafage (4) et Vidal de Cassis (5) signalent une phlébite partielle, cause d'ulcères et provoquée par le dépôt de caillots dans les veines malades.

Dans la thèse de Delmont (6) nous trouvons une des-

1. Thiébaux. *Thèse de Paris*, 1854.

2. Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*.

3. Bobillier *Thèse de Paris*, 1857.

4. Lafage, *Thèse de Paris*, 1868.

5. Vidal de Cassis, *Traité de Pathologie externe*, t. II p. 112.

6. Delmont, *Thèse de Paris*, 1869.

cription de la phlébite variqueuse : l'auteur, admet que la phlébite atteint souvent les variqueux porteurs d'ulcères, que ses causes déterminantes sont : la fatigue, les coups, les frottements répétés, l'action du froid. Contrairement à Thiébaux, Delmont prétend que la résolution est la règle.

Ces quelques citations, nous montrent, comment la phlébite variqueuse était décrite à cette époque, on ne s'occupait de cette question, qu'à propos de la cure radicale des varices par inflammation provoquée, et oblitération consécutive du vaisseau.

Après cette période, on renonça à guérir radicalement les varices, aussi n'avait-on fait aucune étude d'ensemble de leurs accidents : toutefois, quelques travaux partiels ont été publiés.

La phlébite des varices des femmes enceintes, déjà étudiée par Nivert (1) est reprise par Hervieu (2) : puis Chabenat (3) a réuni des faits, où la phlébite variqueuse a produit la mort par embolie pulmonaire.

Verneuil (4) a réuni une série d'observations, prouvant que si le coup de fouet est quelquefois grave, c'est qu'il atteint un mollet, affecté de varices profondes, et que sa gravité résulte de la phlébite consécutive.

1. Nivert, *Thèse de Paris*, 1862.

2. Hervieu, *Thèse de Paris*, 1867.

3. Chabenat, *Thèse de Paris*, 1874.

4. Verneuil. Des formes graves du coup de fouet. (*In Archives générales de Médecine*, 1877. T. I p. 24).

Terrillon (1) a soutenu la même opinion, ainsi que Clary (2).

Maydiou (3) a soutenu une thèse, destinée à l'étude étiologique et pathogénique de la phlébite variqueuse.

Quénu dans le *Traité de Chirurgie*, (Duplay-Reclus), s'exprime ainsi : « L'inflammation aiguë des varices se comporte comme toute phlébite : son évolution est en rapport avec l'état général du sujet, et la virulence de l'agent infectieux. Elle peut être adhésive passer pour une simple thrombose, et se termine par oblitération des vaisseaux : elle peut être suppurative, et conduire à l'infection purulente. »

M. Schwartz (4) dans le *Dictionnaire de Médecine et chirurgie pratiques* a fait une étude sur la phlébite variqueuse dans laquelle il a retracé les caractères principaux de cette inflammation.

Enfin Broca (5) a étudié d'une façon aussi complète qu'intéressante la phlébite variqueuse, et a montré qu'elle offrait des particularités suffisantes, pour constituer une vraie modalité clinique.

Vaquez (6) a complété la conception pathogénique

1. Terrillon, Varices profondes et coup de fouet. (In *Bulletin général de thérapeutique* 1882. T. (XXXII p. 425).

2. Clary, *Thèse de Paris*, 1883.

3. Maydiou. *Thèse de Paris*, 1881.

4. Schwartz. *Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1885, T. 38.

5. Broca. *Etude clinique de la phlébite variqueuse. Revue de chirurgie*, 1889.

6. Vaquez. *Cliniques médicales de la Charité*, 1894: *De la phlébite des membres*.

énoncée par Broca dans la *Revue de chirurgie* 1889, et il range dans une même étude les phlébites, dites chirurgicales, puerpérales, les thromboses médicales ou spontanées : « car, c'est faire une œuvre artificielle, que de vouloir les maintenir dans des catégories spéciales. »

Enfin, pour terminer cet historique, nous citerons l'article de M. Schwartz (1) *Traité de chirurgie clinique et opératoire* (Le Dentu et Delbet) et celui de la *Presse médicale* du 1^{er} février 1896, où, étudiant la pathogénie de cette affection, il dit : « Nous pensons que la plupart du temps, la thrombophlébite est due à l'action d'un agent pathogène qui a pénétré par effraction jusqu'au voisinage des veines dilatées. Le coup, le choc et la fatigue, ne sont que des causes occasionnelles, qui peuvent cependant jouer un rôle prépondérant. »

Et M. Schwartz n'a-t-il pas dans ces quelques lignes énoncé toute la pathogénie de cette affection ! et n'est-il pas clinique de penser que la marche en sera différente suivant qu'elle se développe sur un membre profondément variqueux, ou sur un système veineux jusque-là sain ! Il y a ce nous semble en faveur de cette théorie des raisons anatomiques indiscutables.

1. Schwartz. *Presse médicale*, 1^{er} février 1896.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les veines variqueuses sont très sujettes à l'inflammation : cependant, les causes de cette phlegmasie sont assez complexes, et d'ordre différent, et on peut les diviser en :

Causes prédisposantes

Causes déterminantes

I. — *Causes prédisposantes.* — Parmi les causes prédisposantes, il faut tenir grand compte du processus anatomique qui engendre la dilatation veineuse :

M. Cornil (1) a montré qu'il s'agit là d'une phlébite chronique, comparable à l'entérite de l'athérome.

M. Schwartz (2) dit que l'inflammation se greffe presque toujours sur des varices du troisième degré, c'est-à-dire atteintes de phlébite chronique.

Et il est rationnel de penser qu'il y a là un lieu de moindre résistance pour l'agent pathogène dans cette veine altérée, modifiée dans sa structure, et qui outre

1. Cornil. *Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses* (In *Arch. phys. norm. et path.* Paris 1872. T. IV.

2. Schwartz. *Loco citato.*

ces modifications anatomiques, présente de plus des troubles circulatoires. Nous savons en effet que le sang circule mal dans les veines variqueuses, et que, stagnant au contact des parois altérées, il se coagule souvent, et forme des caillots, tantôt mous (caillots) tantôt pierreux (phlebolithes) et ces caillots et ces phlebolithes, entretiennent autour d'eux un état phlegmasique, léger, mais continu.

II. — *Causes déterminantes.* — Les causes déterminantes sont de deux ordres :

Locales

Générales

A. — *Locales.* — Les causes locales pouvant déterminer l'inflammation des varices, sont aussi nombreuses que banales.

Toutes les atteintes portées au tégument externe, et à plus forte raison à la veine, peuvent déterminer cette phlegmasie.

Une simple contusion peut suffire. Le Dentu a cité un cas d'embolie pulmonaire, consécutive à un léger traumatisme, chez un vieux variqueux. La thèse de Brown (1876), celle de Levret (1880) en renferment d'autres exemples.

Quénu (1) croit plutôt même dans ces cas à une infection par fissures, boutons etc. Et ces causes déterminent en effet souvent l'inflammation, comme on peut le voir dans nos observations IV, V et VI, où des boutons d'acné et des fissures, ont ouvert la porte à l'agent pathogène.

1. Quénu. *Traité de chirurgie*, T. II.

Le froid, le froissement des vêtements, traumatismes pourtant bien légers, si même on peut employer le mot de traumatisme en pareil cas, ont été invoqués.

Il y a foyer traumatique dans le « coup de fouet ». Cette affection, qui n'est bien connue que depuis peu, et qui est due à la rupture d'une varice profonde, peut déterminer la production de la phlébite.

Verneuil (1), Terrillon (2), ont fait des travaux sur ce point de pathologie, travaux qui ont été repris dans la thèse de Clary (1883), qui y a ajouté des faits nouveaux.

Une autre cause plus banale peut-être, mais infiniment plus fréquente de phlébite variqueuse, consiste dans les ulcérations de toute nature : spécifiques (Broca. Obs. XI), diabétiques (Broca. Obs. IV) ou simples (Broca. Obs. I et XII). Ribes en 1825, signalait déjà leur influence inflammatoire sur les parties voisines.

Delmont admettait lui aussi que la phlébite atteint souvent des variqueux présentant des ulcères irrités par le frottement des chaussures, des vêtements etc. : et il en a été ainsi dans notre observation II, où la porte d'entrée a été ouverte au microbe pathogène par un ulcère variqueux, microbe dont la virulence a été réveillée par la fatigue.

M. Broca et depuis M. Schwartz, ont repris cette question de pathogénie, et y ont apporté des idées plus nettes et plus neuves.

Pour eux, la porte d'entrée au microbe phlogogène (qui, nous le dirons en passant, est le streptocoque), est ou-

1. Verneuil. *Loco citato*.

2. Terrillon. *Loco citato*.

verte par ces ulcérations, ou même les excoriations les plus simples, et sa localisation sur les veines, est facilitée par leur altération.

Et nous répéterons à ce propos la phrase de M. Schwartz, que nous avons déjà citée plus haut, car elle comprend toute la pathogénie de la phlébite variqueuse. « Nous pensons donc que la plupart du temps, la thrombo-phlébite est due à l'action d'un agent pathogène, qui a pénétré par effraction jusqu'au voisinage des veines dilatées. Le coup, le choc, la fatigue ne sont que des causes occasionnelles, mais qui peuvent jouer un rôle prépondérant ».

Pour M. Schwartz donc, comme pour M. Broca, la cause nécessaire de la phlébite variqueuse est le microbe pathogène, qui trouvant dans la dilatation des varices un lieu de moindre résistance, s'y fixe, et produit la phlébite, après avoir pénétré par effraction, dans la veine ou dans ses environs.

Et nous trouvons là, résumées, les causes qui président au développement des maladies infectieuses :

1^o Influence de l'agent extérieur ;

2^o Influence du terrain.

B. — *Générales*. — Telles sont assez brièvement résumées les causes locales : mais, à côté d'elles, il faut placer les causes générales.

Ces causes générales peuvent se grouper sous ses trois chefs :

Maladies aiguës ;

Infection traumatique ;

Infection puerpérale.

Les observations de phlébites variqueuses, dépendant d'une maladie générale, telle que l'état fébrile, invoqué par Paget, sont nombreuses. Maydiou insiste sur le rôle de l'embarras gastrique fébrile, et s'appuie sur deux observations fournies par M. Bouilly, dans lesquelles il montre la phlébite variqueuse, survenant à la suite d'un embarras gastrique fébrile (Obs. II. Obs. III) : dans l'observation IV, c'est une bronchite aiguë qui a été la cause déterminante : dans l'observation VII une pneumonie : dans l'observation XI une tuberculose pulmonaire.

Nos connaissances actuelles nous permettent d'avoir une compréhension très nette du processus pathogénique dans ces cas.

Nous savons que toutes ces maladies (embarras gastrique fébrile, pneumonie, bronchite aiguë, etc.) sont des maladies infectieuses, et que leurs complications sont dues à des localisations du microbe pathogène. Or, il est bien connu que ces localisations se feront sur des organes qui y sont prédisposés par une tare antérieure. Aussi, est-il tout naturel, que, la dilatation des veines fournissant un lieu de moindre résistance aux microbes, prédispose à leur inflammation, à la phlébite variqueuse.

Certaines infections traumatiques agissent de même.

C'est ainsi que Maydiou, cite d'après Bouilly deux observations de phlébite, et de périphlébite variqueuses, consécutives à une blessure faite au bras droit par une balle de revolver, et à une plaie du cuir chevelu.

Nous rapprocherons ces deux faits, de deux autres signalés par Bouilly, où, consécutivement à un phlegmon

de l'avant-bras, s'est manifestée une phlébite hémorrhoidale.

Enfin, l'état puerpéral est une cause fréquente de phlébite variqueuse. Ces phlébites se manifestent ordinairement chez les femmes récemment accouchées, mais quelquefois aussi à une époque antérieure. Elles étaient connues des anciens accoucheurs, qui, ignorant les effets de l'antisepsie, les redoutaient fort. Maydiou et Broca en citent plusieurs observations, empruntées à d'autres auteurs (Nivert-Hervieu) ou personnelles (Maydiou, Obs. I. Broca, Obs. VII).

Nous concluerons de tous ces faits, qu'il y a une liaison certaine, une corrélation indéniable entre certains états généraux, et les phlébites variqueuses qui se manifestent au même moment chez le malade, et, nous admettrons volontiers que les micro-organismes de la maladie, ou de l'infection surajoutée, se localisent sur l'endothélium veineux attaqué par le processus variqueux, pour y déterminer une inflammation aiguë ou subaiguë.

FORMES CLINIQUES. — SYMPTOMES

L'étude clinique de la phlébite variqueuse, ne peut se borner à la description d'un seul type : celle-ci en effet, bien qu'étant une au point de vue de la pathologie générale, peut revêtir des formes variables, depuis la plus atténuée jusqu'à la plus grave.

Nous décrirons donc :

1° La phlébite variqueuse superficielle.

2° La phlébite variqueuse profonde.

Nous réservant de parler de la phlébite variqueuse suppurative au chapitre des complications.

I. — *Phlébite variqueuse superficielle.* — Les symptômes diffèrent suivant qu'il s'agit :

1° De la phlébite tronculaire.

2° De la phlébite des paquets variqueux.

A. — *Phlébite tronculaire.* — Lorsque l'inflammation se porte sur des varices tronculaires, le début est en général insidieux. Depuis quelque temps déjà, le membre se fatigue facilement, et l'œdème des malléoles, à la suite de marches ou de stations prolongées incommode le malade. Bientôt le gonflement de la jambe augmente, puis

survient de la douleur, et cette douleur, souvent vive et lancinante, suit presque toujours le trajet de la veine enflammée. Cet état symptomatique s'accompagne le plus souvent de réaction fébrile, état fébrile en général modéré. La marche qui était plus difficile, devient impossible, et le malade s'alite.

Lorsqu'on examine le membre atteint, on voit d'abord un œdème plus ou moins marqué de la jambe et du pied. Nivert le conteste, mais avec ses observations et celles d'Hervieu, Marquet affirme la réalité du fait pour les phlébites variqueuses puerpérales, et il en est de même d'après les travaux de M. Schwartz, pour les phlébites non puerpérales, et cet œdème, nous l'avons trouvé chez tous les malades dont nous rapportons les observations.

Sur ce membre gonflé, on trouve une région empâtée, douloureuse à la pression, et sous laquelle se dessine un cordon dur et noueux : la peau à ce niveau est violacée, rosée, adhérente, caractères qui sont dûs à la périphlébite concomitante.

La palpation révèle ce cordon dur, et présentant des nodosités assez marquées : elle permet de l'isoler assez bien et de lui trouver des bords nets. Lorsque la veine est serpentine, on peut la suivre dans tous ses détours, et elle présente les mêmes caractères, si ce n'est qu'elle forme comme une plaque, au lieu du cordon dur que nous avons signalé.

La phlegmasie reste le plus souvent limitée à la jambe, à une petite portion de territoire veineux ; elle peut aussi s'étendre à tout le système veineux du membre inférieur, donnant lieu à une phlébite totale, qui envahit les gros

troncs superficiels et profonds, et quelquefois ceux du membre opposé, primitivement indemne.

C'est dans ces cas, que l'on ne sait plus quelle limite attribuer à la durée du mal, et que la résolution a lieu après des mois et des années, sans compter que la malade est toujours sous le coup de l'embolie, tant que des caillots solides et adhérents ne sont pas constitués.

Broca a décrit à part la phlébite des varices ampullaires : nous ne nous arrêtons pas à la description de cette variété. Les ampoules coexistent en effet le plus souvent avec les flexuosités, et les pelotonnements variés ; toutefois nous devons dire qu'on les trouve de distance en distance, frappées isolément par l'inflammation, sur le trajet d'un tronc veineux, pas encore trop altéré : et c'est dans ces ampoules, qu'on rencontre le plus souvent, les caillots durs dont nous avons parlé plus haut, les phlébolithes.

B. — *Phlébite des paquets variqueux.* — La phlébite des paquets variqueux constitue une véritable tumeur inflammatoire, située soit à la jambe, soit à la face interne du genou, soit encore le long de la cuisse. En effet, les flexuosités multiples qui constituent la veine, sont envahies, et avec elles, le tissu cellulaire intermédiaire, le tissu sous-cutané, et même la peau. La peau fait en effet presque toujours corps avec la tumeur (Obs. IV, V et VI), et il est impossible de la disséquer, sans ouvrir quantité d'ampoules remplies de caillots.

La tumeur ainsi constituée, est ordinairement douloureuse à la pression, quelquefois même très douloureuse : elle est légèrement mobilisable sur les parties profondes,

mais présente une adhérence intime avec la peau, qui permet d'apercevoir par transparence la teinte noirâtre des caillots veineux.

Au-dessus, et au-dessous de cette tumeur, on sent la veine qui en a été le point de départ, sous la forme d'un cordon dur et douloureux, qui se perd peu à peu.

Les troubles fonctionnels et généraux, sont ceux que nous avons signalés plus haut pour la phlébite tronculaire, mais cependant plus accentués : il y a presque toujours de la fièvre, pouvant aller jusqu'à 39°, accompagnée d'un état gastrique plus ou moins prononcé.

La phlébite peut, dans ce cas, se généraliser, comme précédemment.

II. — *Phlébite variqueuse profonde.* — Lorsque la phlébite envahit les varices profondes d'un membre, les mêmes phénomènes locaux se produisent, mais, le plus souvent, il nous est bien difficile de les constater, et, à part la participation consécutive du réseau sous-cutané, ou de la veine fémorale, on ne peut guère se guider, que sur les signes subjectifs.

L'inflammation se traduit surtout par la douleur, douleur qui, lorsque la phlébite siège dans le mollet, après un coup de fouet par exemple, est accrue par le ballottement de la masse musculaire. La marche exaspère la douleur, et devient rapidement impossible.

La palpation permet quelquefois de sentir de l'empatement profond ; il y a du gonflement, de l'œdème, et tout cela accompagné d'un état fébrile, quelquefois même assez marqué, surtout, si comme cela arrive assez fréquemment, l'inflammation gagne les veines fémorale et popli-

tée, que l'on sent alors sous la forme d'un cordon dur et douloureux.

Assez souvent, la phlébite qui était profonde d'abord, et assez difficile à constater, envahit ensuite les varices superficielles lorsqu'elles existent, et c'est ainsi que dans un fait de coup de fouet cité par Terrillon, la saphène externe se prit secondairement.

Enfin, là aussi, comme nous l'avons dit plus haut, le membre opposé, primitivement sain, peut être envahi à son tour, on a alors une sorte de phlébite en fer à cheval, sur laquelle le professeur Verneuil (1) a appelé l'attention, et dont le pronostic est très sérieux.

1. Verneuil. Notes sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 1861).

DIAGNOSTIC

Il est facile, à l'aide des signes que nous avons énumérés plus haut, de reconnaître la phlébite variqueuse superficielle.

La sensation d'un cordon sinueux, dur, douloureux, occupant le trajet d'une veine, la saphène par exemple, et accompagné de plusieurs noyaux inflammatoires, ne laissera pas de doute dans l'esprit du clinicien, et le diagnostic sera posé facilement.

Il pourra cependant quelquefois être entouré de difficultés : lorsqu'il y a un ulcère concomitant, ce qui est fréquent, le diagnostic pourra rester hésitant entre une phlébite et une lymphangite trajective. Toutefois, la lymphangite s'accompagne d'un état fébrile plus intense, elle débute souvent par un frisson, ce qui est rare pour la phlébite.

Les ganglions inguinaux sont volumineux et douloureux : la couleur est plus vive, d'une nuance plus rose : le cordon que la palpation permet de sentir, est moins moniliforme, et ses limites latérales moins nettement accusées : la transition du tissu induré au tissu sain, se fait d'une manière moins tranchée que dans la phlébite.

Mais souvent, il y a des cas, où, autour d'un ulcère, se fait parfois de la phlébite et de la lymphangite : il sera alors souvent difficile de délimiter exactement la part qui revient à chacune de ces complications.

Enfin, lorsqu'au lieu d'avoir affaire à un cordon dur et noueux de phlébite tronculaire, on se trouvera en présence d'une seule masse enflammée, d'une phlébite des paquets variqueux, il faudra se garder de la confondre avec l'érythème noueux. Il s'accompagne en effet comme elle de rougeur et de bosselures, mais, dans la phlébite variqueuse la rougeur et l'induration sont précédées de varices, et on sent les veines oblitérées, qui aboutissent aux noyaux indurés.

Nous avons vu que la phlébite profonde envahissait fréquemment les gros troncs veineux, tels la fémorale et la poplitée : cet envahissement, lorsqu'on le constate, est un signe pathognomonique de phlébite variqueuse. Mais souvent l'embompment du sujet peut mettre un obstacle à l'exploration instructive de la veine fémorale. Pour ce qui est de l'exploration du mollet, elle est souvent difficile, surtout à cause de la douleur : aussi, ne faut-il pas trop compter sur ces signes : le diagnostic peut heureusement être posé sans eux.

Il sera facile, si le malade présente sur le membre des varices superficielles : le professeur Verneuil a montré qu'en ce cas, les varices profondes sont toujours dilatées. Si un caillot se forme dans ce réseau sous-cutané dilaté, la phlébite variqueuse profonde devient certaine.

Enfin, il faudra examiner soigneusement le membre op-

posé, car, un autre point bien établi par Verneuil, et sur lequel M. Schwartz insiste, c'est la bilatéralité fréquente des phlébectasies. On s'aidera en outre pour faire le diagnostic, de la poussée fébrile, souvent légère, quelquefois forte, qui marque presque toujours l'invasion de la phlegmasie.

A l'aide de ces signes, on arrivera à rattacher à leur véritable cause, la phlébite variqueuse, certains faits, souvent mis sur le compte d'une *phlegmatia alba dolens*.

COMPLICATIONS

L'inflammation des varices peut ne pas comporter un pronostic grave, et se terminer par résolution : malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et la phlébite variqueuse n'évolue pas toujours d'une façon aussi bénigne, aussi le malade qui en est atteint est-il exposé à des accidents graves et quelquefois même mortels, que nous allons décrire et qui sont :

- 1° Embolie
- 2° Suppuration } circonscrite
 diffuse
- 3° Pyohémie.
- 4° Pied-bot.
- 5° Récidives multiples.

I. — *Embolie*. — Nous ne parlerons ici que de l'embolie aseptique, renvoyant l'embolie septique au chapitre où sera traitée la pyohémie.

L'accident peut-être le plus à craindre dans la phlébite variqueuse est l'embolie. C'est en effet une complication qui éclate avec une rapidité effrayante, qui peut entraîner la mort subite, et qui, même si l'embolie n'est pas mortelle sur le champ, n'en met pas moins dans tous les cas la vie du malade en danger.

Si les caillots n'ont pas contracté une adhérence suffi-

sante aux parois veineuses, si un mouvement inopportun vient à se produire, ou une malaxation intempestive, un fragment de caillot peut se détacher, et lancé dans le torrent circulatoire, il peut, soit s'arrêter dans le cœur, soit oblitérer une des grosse branches de l'artère pulmonaire, et la mort s'ensuivre ou subitement par syncope, ou très rapidement par asphyxie.

Ces cas ne sont malheureusement pas très rares. Chaabenat en a rapporté un certain nombre, qui ne peuvent laisser aucun doute, et beaucoup d'autres ont été publiés depuis.

Toutefois, ce n'est qu'aux caillots volumineux que sont dus ces faits de mort subite ou très rapide par syncope ou par asphyxie. Heureusement, il est des cas où les embolies détachées sont petites et ne sont pas toujours mortelles : elles s'arrêtent alors dans les petites branches de l'artère pulmonaire, et se traduisent par de la dyspnée, un point de côté, et tous les signes d'une congestion, ou plutôt d'une apoplexie pulmonaire.

Ces embolies petites, non rapidement mortelles, et contre lesquelles la science n'est pas totalement désarmée, comme elle l'est vis-à-vis des autres, peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés, constituant chaque fois un danger pour la vie du malade, et l'on trouve souvent à l'autopsie de vieux variqueux, des noyaux d'infarctus pulmonaires, et une série d'embolies d'âge différent. Broca cite dans la *Revue de chirurgie*, 1889, l'observation de Rigaud, qui est on ne peut plus concluante à cet égard.

On le voit par cette étude succincte, et dans laquelle

nous n'avons pas voulu entrer dans plus de détails, car elle est bien connue, l'embolie est une des complications les plus graves de la phlébite variqueuse.

En résumé, elle est un danger pour le malade, parce que :

A. — Elle peut entraîner la *mort subite*, soit par syncope soit par asphyxie, lorsque le caillot volumineux s'est arrêté dans le cœur ou dans une grosse branche de l'artère pulmonaire.

B. — Si elle n'est pas rapidement mortelle, elle est par les *accidents* qu'elle détermine et sa *répétition*, un danger permanent pour le malade, une véritable épée de Damoclès suspendue sur sa tête.

II. — *Suppuration*. — La terminaison sans suppuration est certainement la plus fréquente dans la phlébite variqueuse : cependant cette complication s'observe, et on la trouve dans la forme tronculaire, la forme ampulnaire, et la forme en paquets, et peut-être plus fréquemment dans cette dernière, et nous devons dire que la suppuration noircit singulièrement le tableau de la phlébite variqueuse, en raison des accidents auxquels elle expose le malade.

Lorsque la phlébite variqueuse suppure, on peut, grâce aux thromboses limitantes protectrices, observer l'isolement des foyers, surtout au début de l'infection : toutefois, le thrombus est une barrière relative et transitoire, les caillots se désorganisent, suppurent et l'injection se propage.

D'où, on le voit, deux types à établir :

Suppuration circonscrite.

Suppuration diffuse.

A. — *Suppuration circonscrite.* — Cette forme ne revêt pas toujours les allures locales et générales du phlegmon : son début est au contraire souvent insidieux, et l'on a quelquefois affaire à des phlébitiques variqueux, chez lesquels l'élévation de température est le seul symptôme d'une suppuration qui se diffuse dans le tissu cellulaire avant de se faire jour.

Si l'on examine par la vue et par la palpation, on trouve des foyers fluctuants, dont l'incision, en montrant la présence de caillots et de détritits hématiques, caractérise la nature : nature de la lésion que l'on n'aurait peut-être pas pu déterminer avant l'incision par ses symptômes propres, à moins qu'on n'ait suivi l'infection d'un segment veineux, d'une poche variqueuse, ou qu'un cordon phlébitique adjacent, ne lève tous les doutes. La possibilité de l'évolution para-veineuse de l'angioleucite suppurée ou du phlegmon banal, rend en effet difficile la distinction de l'abcès phlébitique isolé.

En dehors de ces signes, inflammation veineuse, suivie dès le début, varices visibles, et foyers de phlébite, voisins ou adjacents à l'abcès, on assiste à l'évolution d'un **abcès** chaud banal.

Lorsque l'abcès est isolé, circonscrit, ou bien les thromboses protègent le reste du vaisseau, ou bien l'agent infectieux est moins virulent. Dans ce dernier cas, la collection évolue plus lentement, la zone de périphlébite a le temps de s'organiser autour du foyer, il se forme

un véritable phlebo-phlegmon ; les ampoules veineuses suppurent, ainsi que le tissu cellulaire périphérique et les abcès circonscrits contiennent, comme nous l'avons dit plus haut, du pus et des caillots noirâtres.

Lorsqu'il existe une communication veineuse entre la superficie et la profondeur, il se forme quelquefois de véritables abcès en boutons de chemise.

Enfin, si la peau est dans une grande étendue adhérente aux varices, elle peut être détruite par la suppuration et il peut se produire un véritable sphacèle d'une partie de la peau de la jambe, comme M. Schwartz en a observé un exemple.

B. — *Suppuration diffuse.* — C'est la forme type de la suppuration phlébitique : en effet, comme nous l'avons dit plus haut, le thrombus est une barrière transitoire, les caillots se désagrègent, suppurent, et l'infection se propage.

Dans cette forme, la suppuration envahit les veines sur une étendue plus ou moins considérable : elles suppurent segment par segment, et il se forme une série d'abcès successifs, isolés, rangés en série linéaire, et qui conduisent plus ou moins loin, parfois jusqu'à la racine de la cuisse. Dans un fait de Damalix, rapporté par Mérieux, la saphène interne formait après l'incision une gouttière purulente jusqu'à la racine de la cuisse, où existait un gros abcès intra-veineux, à l'embouchure de la saphène dans la voie fémorale : le malade mourut avec tous les signes d'une infection purulente.

Mérieux cite dans sa thèse une observation de M. Campenon, dans laquelle ce chirurgien ouvrit 23 abcès le long

du réseau de la jambe droite : le malade échappa à la mort, mais fut atteint consécutivement d'un pied-bot phlébitique.

Nivert a publié plusieurs observations de phlébites variqueuses suppurées, diffuses, devenues rapidement mortelles.

Comme signes révélateurs de cette forme suppurée diffuse, on constate une légère teinte violacée, livide, que l'on retrouve au niveau de tout foyer variqueux suppuré, lorsque la peau n'est pas trop modifiée, et une fluctuation limitée par un bord cratériforme. Ce bord dur est dû au thrombus d'amont et d'aval, thrombus partiellement désagrégé à son centre par les micro-organismes, mais formant barrière jusqu'à nouvel ordre, autour de l'abcès.

Lorsque la suppuration, au lieu de se faire par segments, comme précédemment, envahit toute la veine, ces thrombus n'ont pas le temps de se produire sur son trajet, la peau n'a pas le temps de rougir, mais les signes généraux de la pyohémie et de l'embolie septique, traduisent cette infection foudroyante.

D'après Vaquez « lorsque la phlébite est hyperseptique, quand elle est la manifestation la plus expressive de l'infection purulente, il ne se produit pas habituellement de caillots intra-veineux : quand la phlébite est l'expression d'une septicémie à virulence atténuée, la veine s'oblitére fréquemment ».

Il est inutile de dire que ces phénomènes locaux de la suppuration phlébitique diffuse s'accompagnent de phénomènes généraux, en rapport avec l'intensité de l'infection.

La fièvre est le signe général le plus important de l'abcès phlébitique : elle s'élève subitement, précédée ou non de frisson, à 39° ou 40° : elle peut se maintenir à ce niveau jusqu'à l'ouverture de l'abcès, ou jusqu'au moment de la mort : d'autres fois, elle présente les grandes oscillations de la pyohémie, oscillations dues à la formation et à l'ouverture rapide des abcès, et qui traduisent l'infection successive des segments variqueux.

Les autres symptômes généraux sont ceux de toute infection. Il est à noter que la production successive de nouveaux foyers septiques dans le réseau variqueux, s'ajoute aux abcès métastatiques possibles pour aggraver l'infection générale, et remettre tout en question, alors que l'on croit être maître de la situation.

Tel est, légèrement esquissé, le tableau de cette complication de la phlébite variqueuse, la suppuration.

Nous voyons que le pronostic sera différent, suivant qu'on a affaire à une suppuration circonscrite ou diffuse : dans le premier cas en effet, la suppuration peut évoluer comme un simple phlegmon, et avoir une issue bénigne. Malheureusement, on ne sait jamais si ce foyer circonscrit restera isolé et ne diffusera pas.

Et nous avons vu dans ce dernier cas, à quels accidents était exposé le malade : et ces accidents et la vie du malade sont subordonnés à la rapidité de l'intervention ; malheureusement les malades arrivent presque toujours avec une suppuration diffusée dans tout le réseau, et bénéficient rarement de l'intervention précoce. On peut être amené à inciser la jambe sur toutes ses faces, et s'il est vrai, qu'il ne faut pas, même dans ce cas, désespérer de

la vie du malade, il ne s'en trouve pas moins sous le coup d'accidents septicémiques ou pyohémiques, qui peuvent l'emporter rapidement.

III. — *Pyohémie*. — Nous n'insisterons pas longuement sur cette complication de la phlébite variqueuse, redoutable quant à ses effets, mais heureusement très rare, grâce aux progrès de l'antisepsie, car elle est traitée dans toutes les monographies touchant à la phlébite et à ses complications.

La pyohémie peut se produire de plusieurs manières :

Ou bien, comme le dit Vaquez (1) dans son étude sur la phlébite « la phlébite est hyperseptique », et lorsque la suppuration se produit, les caillots n'ayant pas eu le temps de s'organiser, le pus se mélange au sang, et l'infection se généralise.

Ou bien, les caillots ont pu s'organiser, mais n'ont pas opposé au pus une barrière suffisante, et la suppuration de circonscrite est devenue diffuse, puis s'est généralisée.

Ou bien enfin, les caillots ainsi organisés, se sont infectés, et des embolies (septiques cette fois) s'étant produites, ont transporté dans les diverses parties de l'organisme, et plus particulièrement dans le poumon, leurs colonies microbiennes, pour former dans les endroits où s'arrête l'embolus des abcès métastatiques.

Nous ne voulons pas décrire tout au long les symptômes de cette complication, car ils sont dans tous les auteurs. Nous résumerons, en disant que, le frisson et l'é-

1. Vaquez. *Cliniques médicales de la Charité*, 1894.

lèvement de la température, sont les premiers symptômes de l'infection purulente. Ces deux symptômes sont caractéristiques. Un frisson survient, violent, qui secoue le corps tout entier, les dents claquent, la sensation de froid est générale : il dure un quart d'heure, quelquefois une demi-heure, puis la chaleur revient, et avec elle des sueurs profuses.

La température, dès le début du frisson, monte à 39°, 40°, 41°, pour redescendre à 37°, avec l'apparition des sueurs. L'accès a duré en tout 1 heure, 1 h. 1/2, et le malade en sort brisé, mais sans qu'il semble être dans un état plus grave, qu'avant l'apparition du frisson.

Ces accès, avec leurs grandes courbes de température, rappelant la fièvre intermittente, se reproduisent en se rapprochant de plus en plus, quelquefois accompagnés de phénomènes cérébraux, d'ailleurs peu accusés.

Puis, des changements se passent du côté de la plaie, ou de l'ulcère variqueux, les bords se décollent, les bourgeons s'affaissent, se dessèchent, et quelquefois se produisent des hémorrhagies très graves, dues à l'ulcération d'un vaisseau.

Enfin, des phénomènes d'infection localisée se déclarent : on voit survenir en certains endroits, le plus souvent au niveau des grandes articulations de la douleur et du gonflement : c'est un abcès qui se forme, abcès qui, nous le savons, peut se produire partout : dans la plèvre, le foie, les muscles, etc.

Ces phénomènes symptomatiques d'une absorption purulente considérable, précèdent, on le conçoit, la mort de près, et celle-ci survient au milieu de phénomènes

d'adynamie, dans les huit à quinze jours après l'apparition du premier grand frisson qui a dénoncé l'invasion de la pyohémie.

Tels sont, succinctement résumés, les symptômes de cette redoutable complication de la phlébite variqueuse.

Beaucoup d'observations ont été publiées, d'infection purulente consécutive à la phlébite variqueuse.

Trois malades de Rigaut ont succombé à la pyohémie, à la suite d'essais de cure radicale des varices.

Valette de Lyon cite un fait analogue, et Broca (Obs. XI) rapporte l'observation d'un malade, qui succomba à la pyohémie à la suite d'une phlébite variqueuse suppurée : et beaucoup d'autres observations viennent à l'appui de ces faits, pour démontrer combien grave est cette complication, qui, si les progrès de l'antisepsie l'ont fait presque complètement disparaître, n'en tue pas moins généralement les malades lorsqu'elle se déclare.

IV. — *Pied-bot phlébitique*. — Parmi les troubles trophiques de la phlébite, M. Verneuil (1) a signalé une déformation spéciale, qu'il décrit sous le nom de pied-bot phlébitique.

Cette difformité peut être rapportée à deux formes : l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier, que, les orteils au lieu d'être peu déviés, mobiles, et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins, et parfois en forme de griffe, ce qui permet de reconnaître, que les agents de la dévia-

1. Verneuil. *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 31 mars 1890.

tion du pied, sont surtout les muscles de la couche profonde.

C'est en effet à la sclérose des tissus profonds, à l'atrophie et à la dégénérescence des muscles, qu'il faut attribuer la pathogénie de ces pieds-bots équinés; et c'est du fait de l'adhérence des tendons aux gaines tendineuses, et de leur soudure plus ou moins intime que se produit la rétraction et la lésion des orteils. Toutes lésions qui, d'après Verneuil, sont en rapport avec la phlébite des veines profondes.

Mais peut-être aussi, doit-on attribuer une grande partie de la genèse de ces pieds-bots à la dégénérescence des troncs nerveux, à leurs névrites interstitielle.

Troubles nerveux qui ont été si bien étudiés par Vaquez dans son excellente monographie sur la phlébite des membres.

Dans son observation II, Hervieu cite un pied-bot, consécutif à la suppuration d'un réseau phlébitique variqueux; mais, il fait entrer un autre facteur pathogénique: l'impossibilité d'immobiliser la jambe et le pied dans la rectitude, et il prétend qu'il en est ainsi dans beaucoup de cas, et que si on pouvait toujours donner au membre une bonne position, on éviterait ainsi nombre de pieds-bots phlébitiques.

Quoiqu'il en soit, c'est une complication qui, si elle ne compromet pas la vie du malade, n'en constitue pas moins une infirmité, car, avec cette rétraction en griffe, le gros orteil porté en dehors, la marche devient impossible, ou le pied déformé ne peut toucher le sol que par l'extrémité des orteils.

Ajoutons que, lorsque les malades ont eu recours à la ténotomie, ils se croient guéris pendant quelque temps, mais l'affection se reproduit avec une très grande facilité.

V. — *Récidives.* — Les phlébites variqueuses récidivent avec la plus grande facilité, et un malade porteur de varices plus ou moins anciennes, qui a été atteint une fois de phlébite variqueuse, présentera une disposition extrême aux récidives, et une susceptibilité tout à fait spéciale à l'inflammation sous l'influence des maladies infectieuses.

On trouve dans la thèse de Maydieu et dans l'article de Broca, des cas où une maladie banale, un simple embarras gastrique, a suffi à déterminer une poussée nouvelle de phlébite chez un malade atteint de varices, et ayant déjà présenté des complications inflammatoires. Les récidives sont d'ailleurs plus fréquentes encore, lorsque la présence d'abcès du membre, d'ulcères variqueux surtout, vient faciliter l'introduction des germes extérieurs, et leur implantation sur des veines peu aptes à la résistance.

Et chaque nouvelle poussée inflammatoire constitue une maladie nouvelle, avec tous ses ennuis, et les dangers de ses complications.

PRONOSTIC

La phlébite variqueuse peut évoluer d'une façon bénigne, se terminer par résolution, et ne pas comporter un pronostic grave. Dans ce cas, il ne reste plus dans la veine qu'un caillot adhérent aux parois, qui fait obstacle à la circulation et disparaît le plus souvent, mais qui d'autres fois persiste, et transforme la veine en un cordon fibreux.

Malheureusement nous savons qu'il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu que de nombreuses complications viennent assombrir le pronostic de la phlébite variqueuse, pronostic qui doit toujours être réservé, même lorsque cette dernière évolue avec des allures bénignes.

La moindre imprudence, en effet, suffit pour produire l'embolie, cette complication si grave, qui nous trouve presque complètement désarmés, et contre laquelle le repos le plus absolu ne suffit pas toujours pour protéger.

Une simple écorchure, une aseptie insuffisamment rigoureuse, suffisent pour que la suppuration se déclare, et avec elle le cortège des accidents qu'elle entraîne et que nous avons étudiés.

Enfin les troubles trophiques, parmi lesquels le pied bot phlébitique, et les troubles nerveux, que nous n'avons pas étudiés, car nous n'aurions pu que plagier Vaquez, apportent aux malades des infirmités, dont ils ont grande peine à se débarrasser.

Enfin, si même ils sont indemnes de ces complications, les phlébétiques variqueux sont exposés à des récives incessantes apportant chaque fois avec elles des dangers nouveaux.

Le pronostic souvent bénin, quelquefois grave et même mortel, doit donc toujours être réservé, les accidents les plus graves, venant souvent éclater, alors que le malade et le clinicien, sont pleins de confiance dans une terminaison heureuse.

TRAITEMENT

Si nous avons insisté un peu plus longuement sur les complications de la phlébite variqueuse, c'était pour montrer la gravité que peut quelquefois revêtir cette affection, et faire naître dans l'esprit, l'idée qu'un traitement chirurgical, radical et rapide s'imposait.

Mais, avant de faire l'étude de ce traitement, nous nous proposons de décrire d'une façon succincte le traitement ordinaire de la phlébite variqueuse non compliquée. Nous montrerons ses inconvénients; puis nous étudierons le traitement chirurgical, et les avantages qui ressortent des observations; enfin, le traitement des complications de la phlébite variqueuse.

I. — *Traitement ordinaire de la phlébite variqueuse non compliquée.*

Le traitement ordinaire de la phlébite variqueuse présente plus ou moins d'importance, et diffère, suivant que l'on a affaire à la période préoblitérante de la phlébite,

ou que la phlébite variqueuse est définitivement constituée.

Dans le 1^{er} cas : dans le cours ou à la fin des maladies infectieuses par exemple : à la suite d'un accouchement suivi d'une élévation de température, il est important de vérifier souvent l'état de la circulation des membres inférieurs variqueux, car il y a là un lieu de moindre résistance sur lequel le microbe pathogène se portera facilement : et, faire le diagnostic au moment de la période préoblitérante de la phlébite, c'est éviter au malade peut-être beaucoup de dangers, et en tout cas l'ennui d'un long séjour au lit, qu'entraîne l'oblitération définitive de la veine variqueuse. L'interrogatoire du malade, la recherche de l'œdème, si minime soit-il, permettront fréquemment de reconnaître une phlébite qui évolue sourdement sur un système veineux déjà atteint. Dans ce cas, l'immobilisation du membre légèrement élevé, l'emploi de faibles révulsifs, de pointes de feu, ou d'applications chaudes, pourront prévenir l'oblitération des veines par le processus phlébitique.

Lorsque cette oblitération s'est produite, que la phlébite variqueuse s'est définitivement constituée, des accidents sérieux deviennent possibles, accidents qui résultent de l'embolie pulmonaire. Les prévenir et calmer la douleur, telles sont les indications du traitement.

Pour prévenir les accidents emboliques, ou du moins pour essayer de les éviter, il faut immobiliser le membre, très légèrement élevé, dans une gouttière remplie d'ouate et qui remonte jusqu'à la racine de la cuisse. En outre, comme le danger de l'embolie, résulte surtout de la fle-

xion de la cuisse sur le bassin, il faut que le tronc soit étendu sans pouvoir se plier, et que la tête repose sur le lit tout à fait à plat. Si la phlébite variqueuse est double, une gouttière de Bonnet donnera seule la sécurité nécessaire, car elle permettra de donner les soins de propreté, sans faire subir au malade de trop grands mouvements.

On attendra jusqu'au 30^e jour après la dernière poussée phlébitique pour relever la tête des malades avec un oreiller, et ce ne sera que le 40^e jour que le malade pourra s'asseoir, en évitant toutefois les mouvements brusques ou violents.

Pour calmer les douleurs, l'enveloppement ouaté légèrement compressif, sera la plupart du temps à lui seul suffisant. Trousseau recommandait l'application de sachets de sable fin pour amener une sedation marquée.

Les onctions avec la pommade belladonnée, ou avec des liniments calmants, ne doivent être faites que par des mains exercées. Et il est facile de comprendre qu'il doit en être ainsi, la moindre imprudence pouvant amener le détachement d'un caillot, et provoquer l'embolie. Au besoin les injections de morphine calmeront sûrement les douleurs des premiers jours, et les suppositoires, et les lavements laudanisés triompheront facilement des douleurs irradiées.

Enfin pour aider à la résolution de l'œdème, et favoriser le retour de la circulation complémentaire, on prescrira l'application de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque sur les

membres atteints de phlébite variqueuse, jusqu'à la production d'un érythème.

Ce procédé a été préconisé par M. le professeur Pinard, qui l'emploie dans la phlébite simple, comme dans la phlébite variqueuse post-puerpérales : son action dissolvante sur les cellules épithéliales explique son efficacité : et les avantages de ce traitement, ont été exposés dans la thèse de Mlle Rosenthal (1), et MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, les ont consignés dans leur *Traité d'obstétrique*.

Lorsque le malade commence à se lever, il est de toute nécessité d'employer le bas varices : quelquefois il est mal supporté dans les premiers temps : dans ce cas, on enroule une bande de flanelle de l'extrémité des orteils à la racine de la cuisse, pour accoutumer le malade à une compression ultérieure plus forte.

Enfin, si tout cela a échoué, on obtiendra peut-être un utile secours des eaux thermales. Les eaux chaudes de Plombières, ou les eaux tièdes de Bagnoles ont semblé à diverses reprises amener des sédations marquées chez les phlébitiques variqueux, et nous retrouvons l'emploi de ces eaux au traitement des complications de la phlébite variqueuse.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement ordinaire de la phlébitique variqueuse non compliquée, traitement qui du reste ne diffère en rien de celui de la phlébite simple.

C'est lui qu'on emploiera de préférence, lorsqu'on aura

1. Rosenthal. *Quelques considérations sur la phlegmatia, alba dolens et son traitement*. Th. de Paris 1892.

affaire à une tumeur variqueuse enflammée, limitée, circonscrite à un petit territoire veineux, et dont on pourra espérer obtenir la résolution en peu de temps.

C'est encore à ce traitement que l'on aura recours, lorsqu'il y aura des contre-indications à la cure sanglante des varices.

Contre-indications au traitement opératoire.

Elles peuvent être dues. — A. à l'état général

—

B. à la grossesse.

A. — *Etat général.* — Nous savons qu'à l'époque actuelle, on place communément les altérations variqueuses, à côté de l'artério-sclérose, et qu'on les considère comme le résultat d'un trouble trophique en général, engendré par une dyscrasie: arthritisme, goutte, saturnisme, alcoolisme etc. Cette phlébo-sclérose, s'observe en effet concurremment avec l'artério-sclérose chez un certain nombre de variqueux, à partir d'un certain âge, et surtout chez les porteurs d'ulcères. Lorsque nous aurons affaire à des varices enflammées chez ces malades, dont l'état général est profondément atteint, qui sont la plupart du temps âgés, débilités, qui ont de mauvais vaisseaux, et souvent de la sclérose du cœur, il sera préférable d'employer le traitement indiqué plus haut, que de leur faire courir les risques du traitement chirurgical, quelque bénin soit-il. D'autant que l'intervention chirurgicale serait de nul effet, car la phlébo-sclérose diffuse dont sont atteints ces malades, reprendrait bientôt ses droits, le chirurgien, n'ayant pu en enlevant les paquets variqueux enflammés, faire disparaître en même temps, la cause qui leur a donné naissance.

Le traitement chirurgical ne sera pas non plus employé chez les malades atteints de diabète : on sait en effet quels dangers présente chez eux toute intervention chirurgicale malgré la plus stricte observation des règles de l'antisepsie.

Enfin chez tous les débilités, chez les tuberculeux, chez tous ceux qui présentent une tare sérieuse quelconque, pouvant assombrir le pronostic du traitement opératoire, c'est au traitement ordinaire que l'on aura recours.

B. — *Grossesse*. — La grossesse est aussi une contre-indication à l'opération, le choc chirurgical déterminant facilement l'avortement ou l'accouchement prématuré ; et M. Schwartz dit que bien que l'on ait affaire à une lésion étendue et sérieuse, « s'il s'agit d'une femme enceinte, il y a lieu de mettre en usage le même traitement. Malgré sa longueur, il nous paraît préférable de ne pas intervenir alors par les méthodes sanglantes ».

Dans tous les cas mentionnés ci-dessus, c'est donc au traitement ordinaire de la phlébite variqueuse que l'on s'adressera, mais ce traitement ne va pas sans de sérieux inconvénients.

Inconvénients du traitement ordinaire de phlébite variqueuse.

Ces inconvénients sont de trois sortes :

1° Le traitement est long ;

2° Il ne donne pas une sûreté absolue contre l'embolie ;

3° Il ne prévient pas les récidives.

1° *Durée*. — Lorsque grâce à ce traitement, la phlébite variqueuse se termine par résolution, l'on voit disparaître peu à peu le gonflement et la tuméfaction : les vei-

nes restent indurées en totalité ou par places, ou redevennent perméables, ce qui est beaucoup plus rare : dans tous les cas, c'est *lentement*, très lentement, que se fait la résolution : quel est le médecin qui n'a pas vu dans sa clientèle ou à l'hôpital, des malades rester au lit, des semaines, des mois, quelquefois une année et plus, avant d'obtenir la guérison de tumeurs variqueuses enflammées.

2° *Embolie*. — Et pendant tout ce temps, ou du moins pendant les 4 à 5 premières semaines de la maladie, *l'embolie* est là, menaçant la vie du malade, et quelques soins, quelques précautions que l'on prenne, immobilité absolue, position élevée du membre, etc., etc. On n'est jamais sûr de pouvoir l'éviter, c'est une menace toujours suspendue sur la tête du malade.

3° *Récidives*. — Enfin la *récidive* est fréquente, il y a là un microbisme latent, et tel malade qui se croit guéri, dès qu'il veut faire un effort pour marcher, ressent de nouvelles douleurs, et voit sa jambe enfler de nouveau : et il en est qui hantés après plusieurs récidives par la crainte d'une récidive nouvelle gardent le repos à la moindre douleur, et cette conduite souvent justifiée par des précédents leur est si préjudiciable, qu'il n'est pas rare de rencontrer des malades que la terreur de la récidive immobilise jusqu'à la cachexie.

II. — *Traitement opératoire de la phlébite variqueuse.*

Devant les inconvénients du traitement ordinaire de la phlébite variqueuse (durée, menaces d'embolie, récidives,) il a semblé à M. Schwartz, que ce traitement était insuf-

fisant, et que toutes les fois qu'on le pouvait, qu'il n'y avait pas de contre-indication, il fallait combattre du même coup la phlébite et les varices.

C'est alors qu'il a pensé à traiter la phébite variqueuse comme une tumeur, et à profiter de l'intervention, pour enlever le plus de varices possible, et constituer le « Bas élastique naturel » obstacle puissant par sa compression, à la reproduction des varices.

Aussi, a-t-il institué le traitement opératoire que nous allons décrire, et nous verrons par les observations qui suivent tous les bons effets de cette méthode.

Soins préliminaires. — Le malade a été purgé la veille : le membre atteint a été dans toute son étendue soigneusement savonné et rasé, puis a été recouvert de compresses humides au sublimé. Le malade sera mis à la diète le jour de l'opération : l'anesthésie se fait soit au chloroforme soit à l'éther : le plus souvent au chloroforme.

Manuel opératoire. — *1^{er} Temps.* — On fait à la racine de la cuisse, au niveau de l'endroit où la veine saphène interne s'abouche dans la veine fémorale une incision de 4 à 5 centimètres de long. On découvre la veine saphène, on la dénude avec la sonde cannelée, et on place deux ligatures de catgut, séparées l'une de l'autre par 2 ou 3 centimètres : on résèque le vaisseau entre ces deux ligatures.

Cette précaution permet d'éviter l'embolie qui pourrait être produite par les manipulations, au cours de l'opération. Puis cela fait, on suture la peau par 4 ou 5 crins de Florence.

2^e Temps. — Ensuite, et continuant cette première incision, M. Schwartz en fait une seconde ; cette incision, en forme de fuseau, a une longueur de 35 à 40 centimètres sur une largeur de 7 à dix centimètres dans son axe transversal maximum, suivant l'importance de la tumeur à enlever, cette dernière doit en tous cas être comprise toute entière dans les limites de l'incision, et M. Schwartz a soin d'enlever le plus de peau possible, pour avoir ensuite après réunion une constriction énergique.

Cette incision en fuseau qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, permet de découvrir très largement la tumeur ; on la dissèque avec le bistouri ou les ciseaux ; on met des ligatures au catgut sur les veines dilatées au-dessus et au-dessous, et on extirpe la tumeur ainsi disséquée.

La réunion se fait ensuite avec des crins de Florence à points « extrêmement rapprochés » ce qui est nécessaire, vu la très grande quantité de peau enlevée, et ce qui permet d'avoir une compression très énergique, et de constituer ainsi un « bas élastique naturel » qui, par sa compression s'oppose à la dilatation nouvelle des veines.

3^e Temps. — De même à la jambe, à la partie interne, on fait une incision de 25 centimètres de long sur 7 centimètres de large environ, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; on dissèque au ciseau la saphène lorsqu'elle est enflammée, et on la résèque entre deux ligatures au catgut ; on résèque de même après ligature au catgut, les varices enflammées que l'on trouve, et l'on procède comme plus haut pour constituer le bas élasti-

que naturel, qui, là comme à la cuisse exercera sa compression sur le système veineux, et en empêchera la dilatation ultérieure.

Lorsque cette opération est faite sur un sujet non atteint d'une tare quelconque, et que les règles de l'antisepsie ont été rigoureusement observées, les suites en sont, comme nous le verrons dans les observations que nous publions, extrêmement simples, et on ne note pas d'élévation de température.

On enlève les fils au bout de 8 à 9 jours ; le malade commence à marcher 20 jours après la date de son opération, et au bout de très peu de temps peut vaquer à ses occupations habituelles.

OBSERVATIONS

Voici les 6 observations des malades auxquels M. Schwartz a appliqué le traitement de la cure sanglante pour phlébite variqueuse.

Observation 1

(Communiquée par M. Schwartz).
(Varices enflammées. — Extirpation.

La nommée C..., domestique, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Cochin le 18 janvier 1892, pour une poussée de phlébite variqueuse. On ne relève rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Elle souffre de varices aux deux jambes, depuis une douzaine d'années: ces varices se sont enflammées à plusieurs reprises, et ont nécessité plusieurs séjours à l'hôpital.

Vers le 10 janvier 1892, à la suite d'une grande fatigue, elle a une nouvelle poussée de phlébite et de périphlébite sur le tra-

jet de la saphène interne gauche au-dessus du genou : on remarque à ce niveau une tumeur variqueuse enflammée et ulcérée de la grosseur d'une noix ; un peu de sang mêlé à du pus sort de l'abcès. Cette poussée s'est accompagnée de fièvre et de phénomènes généraux assez intenses : la malade rentre dans le service de M. Schwartz le 18 janvier.

Comme traitement on lui applique d'abord des cataplasmes de fécule de pommes de terre et des compresses humides.

Le 3 février. *Chloroformisation*. — Incision au niveau de l'abouchement de la saphène dans la fémorale : découverte de la saphène interne, résection de 3 centimètres de la veine entre deux ligatures. Dissection et ablation du paquet variqueux enflammé au-dessus du genou gauche. Drainage, suture aux crins de Florence.

5 février. — On change le pansement, la plaie est en excellent état. Ictère assez marqué.

7 février. — On raccourcit les drains : la teinte jaune de la peau et des conjonctives s'efface.

9 février. — On enlève les crins et le drain : la plaie est complètement cicatrisée, sauf au niveau de l'orifice du drainage.

15 février. — La plaie est complètement guérie. Bas à varices.

5 mars. — Exeat.

La malade a été revue le 22 mars 1898 ; elle est très bien portante ; ses varices de la jambe droite sont assez volumineuses, surtout le soir, sa profession l'obligeant à rester debout longtemps, mais à la jambe gauche, elles sont très atténuées ; la malade a toujours pu satisfaire aux exigences de sa profession, et n'a pas eu de nouvelles poussées de phlébite.

Observation 2

(Communiquée par M. Schwartz)
Varices. Phlébite variqueuse. Cure radicale.

Le nommé C..., âgé de 34 ans, profession d'ajusteur, entre à l'hôpital Cochin le 13 novembre 1895 pour une phlébite variqueuse de la jambe droite, et des varices à gauche.

Sa mère est morte à 70 ans, de l'influenza, elle était porteuse de varices. Le malade n'a pas fait de maladie dans sa jeunesse ; mais il est atteint de varices depuis son enfance, il a été exempté du service militaire pour cette infirmité, et il exerce un métier où l'on reste constamment debout sans marcher.

Au commencement de cette année, il eut une rupture variqueuse légère, au niveau de la partie infero-interne de la jambe, Léger ulcère variqueux. Pansements à l'Hôtel-Dieu. Il continue à travailler et à marcher, et l'ulcère se guérit cependant au bout d'une dizaine de jours.

Il y a huit jours, le malade à la suite d'une marche excessive, commença à sentir au niveau de la face interne du genou droit et de la jambe, une sensation de gêne, puis une douleur assez vive. Quatre jours après le début de ces symptômes, les varices s'enflamment, augmentent de volume, la peau rougit, et en même temps apparaît un œdème du pied assez marqué. Tous ces accidents cependant, bien que le fatiguant beaucoup, n'empêchent pas le malade de marcher, ni de continuer son travail.

Il se décide néanmoins à entrer chez M. Schwartz, huit jours après le début de son affection.

On constate à droite, une tumeur volumineuse, allongée, bosselée, nettement variqueuse, la peau est violacée. En même temps adénite inguinale correspondante. En arrière de la malléole interne, traces d'ulcères variqueux, à la partie interne. couleur purpurique de la peau.

Au membre gauche, grosses varices noueuses, mais non enflammées.

On trouve quelques signes d'herpétisme : calvitie précoce. Les ongles du pied sont épaissis, déformés, mais pas d'hémorrhoïdes, ni de varicocèle, ni de maux de tête. Les artères ne sont pas sensiblement dures à la pression, mais la temporale est sinueuse.

Rien au cœur. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Opéré le 5 décembre 1895. Chloroformisation.

A droite. — Découverte de la saphène interne un peu au-dessous de son abouchement avec la fémorale : résection entre deux ligatures. Ablation du paquet variqueux enflammé. Incision s'étendant du sommet du triangle de Scarpa à la partie moyenne de la jambe. 33 points de suture. Drain. Pansement.

A gauche. — Résection entre 2 ligatures de la saphène interne en haut. Ablation d'un paquet variqueux à la hauteur du canal de Hunter. Ablation d'un autre paquet variqueux au niveau de la face interne du genou.

6 décembre. — Bon état, pas de fièvre : le malade a eu des douleurs vives, à la partie supéro-antérieure de la cuisse droite.

7 décembre. — Le drain est remplacé par un plus petit.

14 décembre. — Les fils sont enlevés. Cicatrisation parfaite, excepté au niveau du drain, qui a été définitivement enlevé le 10.

Application d'un collodion à gauche et à droite, excepté toujours au niveau de l'orifice du drain, où on continue le pansement.

20 décembre. — Nouveau collodion sur toute l'étendue de la cicatrice à gauche et à droite, même au niveau de la réunion par seconde intention produite par le drain, et qui maintenant est sèche.

28 décembre. — Le malade se lève et marche : légère tuméfaction du pied droit à la marche.

30 décembre. — Le malade sort et part pour Vincennes, avec un tout petit collodion à la partie interne du genou droit au niveau de sa réunion par seconde intention, et avec des bas élastiques.

Revu le 22 mars 1898, le malade est en excellent état, il exerce toujours sa profession d'ajusteur : il reste debout toute la journée, et marche sans fatigue, c'est à peine dit-il, si le soir, après toute une journée de travail, on peut s'apercevoir que j'ai des varices.

Observation 3 (1).

Phlébite variqueuse. Cure radicale.

La nommée R... âgée de 58 ans, journalière entre à l'hôpital le 17 novembre 1897, pour une phlébite variqueuse.

Elle n'a jamais fait de maladies antérieures ; a eu 3 enfants : on ne relève rien dans ses antécédents héréditaires.

Elle est atteinte de varices au deux-jambes depuis 14 ans. Ces varices ont grossi depuis 4 mois, surtout à la jambe droite. Elle entre à l'hôpital pour une phlébite de la saphène interne droite au 1/3 moyen de la jambe.

Un gros paquet variqueux enflammé se trouve un peu au-dessus du siège de la phlébite, vers le bord interne du genou : il atteint le volume d'un œuf de poule. Varices tout le long de la saphène interne jusqu'à son embouchure. Les valvules sont insuffisantes. Repos, enveloppement ouaté. La phlébite ne cède pas.

18 décembre. — Chloroforme. Résection de 3 centimètres de la saphène interne entre deux ligatures, au niveau de son aboutissement dans la veine fémorale. Dissection et extirpation du paquet variqueux.

Extirpation d'un lambeau cutané sur la face interne du molle en forme de navette : longueur 20 centimètres.

Suture par 22 crins de Florence.

Suites de l'opération normales, pas de température.

26 décembre. — Ablation des fils, la plaie est tout à fait réunie par première intention.

10 janvier 1898. — La malade sort guérie.

A été revue le 20 avril 1898. S'est toujours très bien portée depuis son opération : a repris son service 15 jours après sa sortie de l'hôpital, et n'a pas été obligée de l'interrompre. A la jambe gauche les varices sont assez volumineuses surtout le soir dit-elle, mais la jambe droite (opérée) est en excellent état.

1. Observation due à l'obligeance de M. Gamet externe des hôpitaux.

Observation 4 (Personnelle).

Phlébite variqueuse. Cure radicale.

Le nommé L... âgé de 51 ans : profession palefrenier, entre à l'hôpital Cousin, salle Demarquay, service de M. Schwartz le 21 décembre 1897, pour une phlébite variqueuse du membre inférieur droit.

Il n'a jamais été malade : sa mère avait des varices. Sa profession l'oblige à la station debout prolongée.

Il a commencé à avoir des varices il y a 12 ans : ses varices le gênaient un peu, sans toutefois mettre obstacle à son travail : elles se sont développées sur le membre inférieur droit. Puis il y a 15 jours, probablement à la suite d'un surcroît de travail ses varices se sont enflammées. A ce moment dit-il, il a beaucoup souffert dans toute l'étendue de la jambe, qui était devenue rouge, enflammée, douloureuse, et dont le volume avait très sensiblement augmenté. Cet état s'est accompagné d'une assez forte réaction fébrile, et le malade a été obligé de s'aliter.

Il entre à l'hôpital le 21 décembre 1897.

A son arrivée, on constate un envahissement de toute la saphène interne du côté droit, que l'on sent comme un cordon dur et sinueux. Sur le trajet de la saphène, on observe plusieurs tumeurs variqueuses enflammées : une à la partie supérieure de la jambe droite, au niveau du plateau tibial, l'autre, la plus importante au 1/3 moyen de la cuisse.

Cette tumeur, du volume d'un très gros poing, à axe vertical

légèrement plus grand que l'axe transversal mesure à peu près 15 centimètres de haut, sur 10 centimètres de large. Elle est légèrement mobile sur les muscles à sa partie profonde, mais elle adhère à la peau d'une façon très intime : elle est bosselée, de consistance élastique, et formée par des varices serpentine-atteintes de phlébite. Toutefois, parmi ces dilatations serpentines, on remarque des dilatations ampullaires, dans lesquelles la palpation permet de sentir des caillots plus durs, des phlébolithes.

La tumeur est indolore.

Adénopathie inguinale très prononcée.

Troubles trophiques de la jambe, se traduisant par une pigmentation très marquée.

Edème. — La jambe gauche est absolument normale. Le malade est en outre atteint d'une hernie inguinale gauche.

26 décembre 1897. — Chloroforme.

M. Schwartz commence d'abord par découvrir la saphène interne au niveau de son embouchure dans la veine fémorale, il jette sur la saphène deux ligatures au catgut distantes de 4 à 5 centimètres et résèque la portion comprise entre les ligatures.

Puis, prolongeant son incision jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe, il enlève les deux paquets variqueux que nous avons signalés : pour cela, il fait autour de chacun d'eux une incision ellipsoïdale, comprenant ainsi le plus de peau possible ; puis, les paquets étant disséqués au bistouri et aux ciseaux, les vaisseaux étant liés au catgut, il referme par des points de suture aux crins de Florence « *extrêmement rapprochés* ».

Puis, pour constituer le bas à varices cutané, il enlève sur la jambe, à la partie interne du mollet, une portion de peau en

forme de fuseau d'une longueur de 20 centimètres sur 4 centimètres de large, dans la partie la plus large, et il suture par 22 crins de Florence.

Les suites de l'opération sont normales.

4 janvier 1898. — On enlève les fils, la plaie est tout à fait cicatrisée.

28 janvier. — Sort de l'hôpital absolument guéri.

M. Schwartz a présenté ce malade à la Société de Chirurgie le 16 février 1898. Il a repris son état de palefrenier, et marche sans difficulté et sans fatigue : le membre inférieur droit, est, si ce n'est la présence de la cicatrice tout à fait normal.

Observation 5 (Personnelle).

Phlébite variqueuse. Cure radicale.

Le nommé J..., âgé de 39 ans, profession de marchand de vins, entre chez les frères St-Jean de Dieu le 15 janvier 1898, pour une phlébite variqueuse du membre inférieur droit.

Il n'a jamais été malade : sa mère avait des varices, avec un ulcère variqueux, qui a duré trois mois et demi.

Ses varices ont commencé à être apparentes à l'âge de 20 ans ; elles ont paru pendant que le malade était au service militaire, mais elles ne sont pas dues à la marche, car il était dans les bureaux.

La phlébite s'est déclarée le 2 janvier : le microbe a eu vraisemblablement pour porte d'entrée, les nombreux boutons

d'acné que l'on remarque sur la jambe malade. Elle a débuté par la partie inférieure de la jambe droite, et a mis six jours pour envahir la cuisse. Elle s'est manifestée à la partie interne de la jambe droite, par de la douleur surtout le soir, et du gonflement de la jambe. La marche était très difficile : à certains jours même elle était impossible. La jambe était très empâtée, et rouge à cet endroit : on remarquait de l'eczéma variqueux à la partie interne,

Au bout de six jours, la phlébite a envahi la cuisse, et en particulier les paquets variqueux situés sur le trajet de la saphène interne. Le malade avait au 1/3 moyen de la cuisse un énorme paquet variqueux, qu'il compare très exactement à un gros paquet de ficelles.

Actuellement. — Quelques douleurs souvent assez vives sur le trajet de la saphène interne. La jambe est enflée surtout à la partie inférieure au niveau des malléoles et plus haut. Le mollet est très empâté, à sa partie interne, on sent une grosse plaque indurée et noueuse de phlébite et de périphlébite.

On remarque au 1/3 moyen de la cuisse, une grosse tumeur variqueuse enflammée, de 12 centimètres de long, sur 4 centimètres de large environ sans la moindre pigmentation, sans changement de coloration de la peau, elle est adhérente très intimement à la peau, et légèrement mobile sur les parties profondes. Les caillots sont des caillots mous, la palpation ne permet pas de déceler la présence de phlébolithes. L'inflammation s'arrête immédiatement avec la tumeur, et n'envahit pas la saphène au dessus.

Il n'y a pas de ganglions cruraux pris. L'état général est excellent.

Cette poussée de phlébite variqueux n'est pas la première : le

malade nous dit qu'il a déjà eu d'autres atteintes de phlébite et de périphlébite, mais pas si accentuées que cette dernière.

21 janvier. — Chloroforme.

Découverte de la saphène interne à son embouchure dans la veine fémorale, résection entre deux ligatures au catgut.

Incision ellipsoïdale autour du gros paquet variqueux enflammé, situé au 1/3 moyen de la cuisse, et comprenant le plus de peau possible. Ablation du paquet après dissection aux ciseaux, et ligature au catgut des veines qui saignent : la plus part des veines sont remplies de caillots. Suture par de nombreux crins de Florence.

A la jambe, ablation d'un lambeau de peau en forme de fuseau de 20 centimètres de long, sur 4 centimètres de large. Plusieurs veines sont remplies de caillots. Une en particulier dans l'angle supérieur de la plaie, est très dilatée et très serpentine, et oblitérée par un gros caillot : on en fait la ligature après en avoir réséqué une portion.

M. Schwartz ferme par 22 crins de Florence.

Suites de l'opération excellentes.

31 janvier. — On enlève les fils, la plaie est très bien cicatrisée.

15 février. — Le malade quitte les frères Saint-Jean de Dieu tout à fait guéri pour retourner en province.

Nous ne l'avons pas revu depuis son opération, mais il nous a écrit dernièrement, et nous a dit, qu'il était en excellente santé, et ne fatiguait pas du tout.

Observation 6 (personnelle).

Phlébite variqueuse. Cure radicale.

Le nommé B..., âgé de 46 ans, ouvrier, entre à l'hôpital Cochin, service de M. Schvartz, le 25 février 1898, pour une phlébite variqueuse de la jambe gauche.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels.

Il a été charretier autrefois, et depuis très longtemps a eu une profession l'obligeant à rester debout.

Les varices ont commencé il y a neuf ans. Elles n'ont jamais été très grosses, et ne l'ont jamais obligé à interrompre son travail.

Il porte de nombreux boutons d'acné sur la jambe gauche.

Le 10 février. — Les varices se sont enflammées.

L'inflammation a commencé au niveau du genou, remontant vers la cuisse. Sur tout le trajet de la saphène interne, la cuisse est devenue très rouge et très douloureuse. En même temps s'est produite à quelques centimètres au-dessous de l'abouchement de la saphène interne dans la fémorale, la grosse ampoule de phlébite variqueuse que l'on remarque actuellement. La rougeur est restée localisée sur le trajet de la saphène interne. Le malade qui souffrait très peu lorsqu'il était couché, éprouvait au contraire de vives douleurs lorsqu'il voulait marcher et la marche était devenue impossible. Aucun symptôme gêné,

ral ne s'était manifesté, et la rougeur a disparu le 23 février, après 10 jours de repos.

Actuellement. — On remarque au 1/3 supérieur de la cuisse gauche, sur le trajet de la saphène interne, et peu au-dessous de son abouchement dans la veine fémorale, une ampoule grosse comme une petite orange, d'une consistance élastique, remplie de caillots mous, et non douloureuse à la pression. La peau à ce niveau est un peu plus rouge, et fortement adhérente à la tumeur qui, elle, peut être mobilisée sur les parties profondes. Immédiatement au-dessus, le système veineux devient normal. Plus bas, jusqu'au pli du genou, la saphène est oblitérée, et se perçoit sous forme d'un cordon dur et sinueux. A la moitié de la cuisse, on sent une tumeur dure, bosselée, serpentine, allongée, très adhérente à la peau et mobile sur les parties profondes. On sent dans la jambe plusieurs segments de la saphène oblitérés, durs et sinueux.

Pigmentation très accentuée sur tout le trajet de la saphène à la jambe et à la cuisse. Nombreux boutons d'acné.

5 mars. — *Chloroforme.* — Découverte de la saphène au niveau de son abouchement dans la veine fémorale : double ligature au catgut; et section de la veine entre ces deux ligatures.

Incision en fuseau prolongeant la première, allant jusqu'à 3 centimètres au-dessus du genou, et comprenant tout le gros paquet variqueux de la cuisse et le plus de peau possible : dissection au ciseau. Le gros paquet variqueux était très superficiel, et la dissection a porté sur l'aponévrose du grand adducteur. Longueur de l'incision 35 à 40 centimètres sur une largeur maxima de 10 centimètres. Ablation d'un grand segment de veine thrombosée siégeant au niveau de l'interligne articulaire du genou, au-dessous de cet interligne la veine rede-

vient perméable (contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, les lésions sont plus accentuées, à mesure qu'on se rapproche de la terminaison de la saphène dans la fémorale). Suture de la plaie par 35 crins de Florence.

A la jambe. — Incision en fuseau d'une longueur de 20 centimètres sur 4 centimètres de large, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Dissection au ciseau, et ablation de la veine saphène interne, dont quelques segments sont thrombosés. Hémostase au catgut. Suture par 18 crins de Florence.

Suites de l'opération normales.

15 mars. — Ablation des fils. La plaie toute entière est très bien réunie. On voit que la peau de la cuisse et de la jambe exerce une constriction assez forte.

30 mars. — Le malade sort guéri, et marchant très bien. N'a pas été revu.

AVANTAGES DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE

On le voit par les observations que nous venons de publier, les résultats de ce traitement sont excellents.

Nous avons vu pour deux de ces malades les effets éloignés, et depuis leur opération, ces malades se sont toujours admirablement portés, et ont pu vaquer à toutes leurs occupations, sans la moindre gêne, et sans que leurs varices aient reparu.

Pour les autres, ils ont été opérés trop récemment, pour qu'on puisse se prononcer sur les résultats éloignés, en tout cas, ils sont actuellement en parfait état, et il nous semble que grâce à cette compression produite par l'ablation large de la peau (compression qu'il est très facile de constater), rien ne fait supposer qu'il ne puisse toujours en être ainsi.

Résumons donc en quelques lignes les avantages du traitement opératoire.

1° Grâce à l'observation des règles de l'antisepsie, ce traitement est d'une très grande facilité, il est à la portée de tout chirurgien, et ne fait pas courir plus de risques que le traitement ordinaire.

2° Il supprime les menaces de l'embolie, qui dans le

traitement ordinaire sont toujours suspendues sur la tête du malade : car, en détruisant la cause, il en empêche du même coup les effets.

3° Il amène la guérison d'une manière très rapide : au bout de trois semaines, le malade guéri, peut commencer à vaquer à ses occupations, et évite ainsi les ennuis du traitement ordinaire qui oblige au repos pendant des semaines et même des mois, quelquefois une année.

4° En même temps qu'il enlève la phlébite, il en supprime la cause, par l'ablation de la presque totalité des varices : et la compression cutanée très énergique produite par la confection du bas élastique naturel s'oppose à leur reproduction : il prévient donc ainsi les récidives si fréquentes de phlébite qu'on observe chez les variqueux, qui sont une menace et une source d'ennuis continuels pour eux, les forcent à chaque instant à reprendre le lit, on ne sait jamais pour combien de temps, et contre lesquelles le traitement ordinaire ne préserve pas.

Tels sont les avantages de la cure radicale de la phlébite variqueuse. Avantages qui, à notre avis, ressortent bien plutôt des observations que nous avons publiées, et surtout des suites de l'opération, que de ce que nous avons pu dire.

Guérissant vite d'abord, et avec sécurité ensuite, il nous a semblé que ce traitement possédait ainsi deux qualités qui lui donnaient le droit d'entrer dans le domaine chirurgical, et de se vulgariser pour le plus grand bien des malades.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA PHLÉBITE VARIQUEUSE

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement des complications de la phlébite variqueuse, car nous en avons déjà dit un mot au chapitre « complications ».

I. — *Traitement de l'embolie.* — Nous avons décrit tout au long, au chapitre « *Traitement ordinaire de la phlébite variqueuse non compliquée* », le traitement préventif institué contre l'embolie ; nous n'y reviendrons pas : disons simplement qu'il consiste essentiellement dans l'immobilité du membre la plus absolue, et surtout dans sa non flexion sur le bassin.

Ajoutons que des traitements mécaniques ont été préconisés pour parer à cette terrible éventualité, tel que par exemple le compresseur de Broca, abandonné aujourd'hui.

Malheureusement tous ces traitements n'ont pas donné les résultats qu'on attendait, et bien souvent l'embolie est venue déjouer les plus grandes précautions prises par le

malade et le clinicien. Aussi nous semble-t-il que là encore, le traitement ordinaire est insuffisant, puisque, outre les ennuis qu'il apporte, il ne donne pas une protection suffisante contre l'embolie. Et nous pensons que le moyen le plus sûr pour éviter cette grave complication, est encore la cure sanglante de la phlébite variqueuse.

II. — *Traitement de la phlébite variqueuse suppurée.*

— Dès qu'un foyer variqueux suppuré a été reconnu, il doit être largement ouvert dans toute sa longueur, de façon à ce qu'on puisse en quelque sorte le panser à plat, et avoir sous les yeux toute sa surface ainsi étalée : on le vide de son contenu pyo-hématique par un grand lavage. On usera du sublimé au 1000° ou d'eau phéniquée forte. On bourrera le trajet avec de la gaze iodoformée, et on appliquera ensuite un pansement humide.

On suivra le même procédé pour tous les autres abcès qui pourront s'ouvrir au-dessus ou au-dessous de l'abcès initial.

Nous insistons sur les grandes incisions qui sont de toute nécessité, et qui seules peuvent sauvegarder la vie du malade en le mettant à l'abri de la pyohémie, et aussi l'avenir du membre.

III. — *Traitement du pied bot phlébitique.* — C'est au redressement combiné avec la ténotomie que l'on aura recours pour amener la réduction de cette déformation : déformation qui se reproduira d'ailleurs presque certainement, si le malade cesse le port d'appareils.

Au redressement et à la ténotomie, il faudra ajouter le massage, l'hydrothérapie, l'électricité : ce n'est, en effet que par une thérapeutique très active, et de tous les instants, que l'on pourra guérir l'atrophie et se débarrasser de l'impotence fonctionnelle due aux lésions nerveuses et musculaires.

Disons toujours en passant que les deux complications dont nous venons d'étudier le traitement ne se produiraient plus si l'on appliquait à la phlébite variqueuse dès qu'elle se déclare, le traitement de la cure sanglante.

IV. — *Traitement de la phlébite variqueuse récidivante.* — Il ne diffère en rien du traitement ordinaire de la phlébite variqueuse non compliquée : l'immobilisation, au moment des poussées aiguës, une très légère compression, quelques pratiques hydrothérapiques, lorsque l'affection rétrocede, constituent la thérapeutique la plus fréquemment employée, et on y ajoute l'emploi des eaux thermales de Plombières, de Bagnoles, de Dax.

Malheureusement, si ce traitement guérit la récurrence, au bout d'un temps plus ou moins long, il est vrai, il n'empêche pas une autre récurrence de se produire, et l'on voit des malades passer pour ainsi dire leur vie au lit dans l'immobilité absolue, ayant une nouvelle poussée de phlébite à chaque instant, et pour la moindre cause. Là encore donc, le traitement ordinaire se montre insuffisant.

Pour terminer, nous dirons donc qu'en face de cette impuissance du traitement ordinaire de la phlébite variqueuse, il nous semble que le fait de délivrer les malades du cauchemar de l'embolie, de les prévenir contre toute

complication, et de leur éviter de longs mois de repos et d'immobilité, justifie bien l'emploi du traitement opératoire que nous préconisons d'après les enseignements de M. Schwartz, et qui a donné entre ses mains les résultats si heureux que nous avons pu constater.

CONCLUSIONS

1° La phlébite variqueuse est l'inflammation des varices, produite par l'action du microbe pathogène, sur un endothélium veineux, déjà atteint de phlébite chronique.

2° Ses complications souvent graves, peuvent être mortelles, et le pronostic doit toujours être réservé.

3° Le traitement ordinaire est insuffisant pour protéger contre les complications de la phlébite variqueuse, et éviter les récidives, qui apportent chaque fois avec elles leur contingent de complications nouvelles : il oblige de plus les malades à de longs jours de repos.

4° Toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indications, tirées soit de l'état local, soit de l'état général, et qu'on aura affaire à des sujets vigoureux, et pour lesquels une guérison rapide est nécessaire, les ouvriers par exemple, qui de par leur profession sont exposés à des récidives fréquentes, il y aura lieu d'employer le traitement opératoire de la phlébite variqueuse.

5° Ce traitement opératoire a l'avantage de donner une

guérison très rapide : il permet d'éviter les complications de la phlébite variqueuse ; par l'ablation des varices, il supprime la cause de la maladie, et aidé du bas élastique naturel, en prévient ainsi le retour.

Vu par le président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu par le Doyen. /
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HEVIN. — Cours de Pathologie et de Thérapeutique chirurgicales. T. I, p. 142.
- RIBES. — Exposé succinct des recherches sur la phlébite. Revue médicale, Paris 1825. T, I, p. 36.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, Paris 1845, p. 226.
- THIEBAUX. — Thèse de Paris, 1854.
- BOBILLIER. — Thèse de Paris, 1857.
- VERNEUIL. — Notes sur les varices profondes de la jambe, envisagées au point de vue clinique. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. 1861).
- NIVERT. — Thèse de Paris, 1862.
- LE DENTU. — Bulletin de la Société anatomique, 1863, 2^e série, T. VIII, p. 494.
- AZAM. — Gazette hebd. de Méd. et de Chir. 1864, p. 611.
- HERVIEU. — Thèse de Paris, 1867.
- LAFAGE. — Thèse de Paris, 1868.
- VIDAL DE CASSIS. — Traité de Pathologie externe, T. II, p. 112.
- DELMONT. — Thèse de Paris, 1869.

- CORNIL. — Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses. (In arch. phys. norm. et path. Paris, 1872. T. IV).
- CHABENAT. — Thèse de Paris, 1874.
- THOMAS BROWN. — Gazette des hôpitaux, 1875, p. 829.
- MARQUET. — Thèse de Paris, 1876.
- VERNEUIL. — Des formes graves du coup de fouet. (In arch. générales de médecine, 1877. T. I, p. 24).
- BUDIN. — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
- MAYDIEU. — Thèse de Paris 1881.
- TERRILLON. — Varices profondes et coup de fouet. (In bulletin général de thérapeutique, 1882. T. CXXXII, p. 425).
- CLARY. — Thèse de Paris, 1883.
- LETULLE. — Gazette médicale de Paris, 4 octobre 1884.
- LAVERAN. — Archives de Méd. et de Pharm. militaires, avril 1885.
- SCHWARTZ. — Dict. de Méd. et de Chir. pratiques, 1885, T. 38. Article varices.
- Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1888, p. 65.
- VILLON. — Thèse de Paris, 1888.
- BROCA. — Etude clinique de la phlébite variqueuse. Revue de chirurgie, 1889.
- BOUYSSOU. — Thèse de Montpellier, 1890.
- QUÉNU. — Traité de Chirurgie, 1890 (article veines).
- VAQUEZ. — Thèse de Paris, 1890.
- VERNEUIL. — Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 31 mars 1890.
- BOINET (E.). — Congrès de Marseille, 1891.
- QUÉNU. — Société anatomique, 1892-1893,

RENDU. — Société médicale des Hôpitaux, 20 juin 1892.

ROSENTHALL. — Thèse de Paris, 1892.

HARTMANN et LIEFRING. — Société anatomique, 1893.

ARNAUD. — Société de biologie, 17 mars 1894.

LE BRANCHU. — Thèse de Paris, 1894.

VAQUEZ. — Cliniques médicales de la Charité, 1894.

MÉRIEUX. — Thèse de Paris, 1896.

SCHWARTZ. — Presse médicale, 1^{er} février 1896.

— Traité de Chirurgie, 1896 (article veines).

Dictionnaires (articles).

